Niveau(x) d'enseignement : 9
Centre d'intérêt : 910

Numéro EDUQ : 9370770

Boulet, Suzanne.

Stratégies pédagogiques : Dossier Santé mentale / par Suzanne Boulet, Andrée Desrosiers, Mireille Sauriol. -- [Montréal] : Commission des écoles catholiques de Montréal, Centre de ressources en éducation populaire, 1992.
22 p. ; 28 cm.

Bibliogr. : p. 21-22.

Vedette(s)-secondaire(s) : Desrosiers, Andrée * Sauriol, Mireille * Commission des écoles catholiques de Montréal. Centre de ressources en éducation populaire

Descripteur(s) : Santé mentale * Stratégie pédagogique * Besoins de formation * Education des adultes

Ce document présente le dossier de la formation en santé mentale du CREP. Il décrit la clientèle adulte visée et relève des pratiques éducatives semblables développées aux Etats-Unis et en Europe qui précisent l'orientation de cette formation. Il traite ensuite des besoins de formation de la clientèle et propose une revue de littérature, des objectifs de formation en santé mentale, des critères d'admissibilité de même que des stratégies pédagogiques. Il fait également état des modalités de collaboration du CREP et des organismes concernés. En conclusion, il précise les conditions à mettre en place pour assurer le succès et la viabilité du dossier.

Type de document :

9370770

1382

CENTRE DE DOCUMENTATION
CREP

CREP Centre de ressources en éducation populaire

Dossier Santé mentale

Stratégies pédagogiques

Par Suzanne Boulet, orthopédagogue
Andrée Desrosiers, orthopédagogue
Mireille Sauriol, orthopédagogue

Juin 1992

LA COMMISSION DES ÉCOLES CATHOLIQUES DE MONTRÉAL

I 3.82

937770

CREP Centre de ressources en éducation populaire

Dossier Santé mentale

Stratégies pédagogiques

Par Suzanne Boulet. orthopédagogue
Andrée Desrosiers, orthopédagogue
Mireille Sauriol, orthopédagogue

Juin 1992

LA COMMISSION
DES ÉCOLES CATHOLIQUES
DE MONTRÉAL

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 3

LE CENTRE DE RESSOURCES EN ÉDUCATION POPULAIRE 4

DESCRIPTION DE LA CLIENTÈLE..... 5

BESOINS DE FORMATION 9

REVUE DE LITTÉRATURE 10

FORMATION EN SANTÉ MENTALE 14

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ 16

STATÉGIES PÉDAGOGIQUES 16

IMPLANTATION ET SUIVI DES ACTIVITÉS DE FORMATION 19

CONCLUSION 20

RÉFÉRENCES 21

N.B. Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

INTRODUCTION

Ce document présente le dossier de la formation en santé mentale du Centre de ressources en éducation populaire (CREP) de la Commission des écoles catholiques de Montréal (CECM). Les particularités du CREP en tant que centre de formation pour adultes caractérisent la structure organisationnelle de ce dossier.

Une description de la clientèle visée et une présentation de pratiques éducatives semblables développées aux Etats-Unis et en Europe précisent l'orientation de cette formation.

Suivent l'énumération des besoins de formation de cette clientèle ainsi que la présentation du "Recueil d'objectifs de formation en santé mentale" et des critères d'admissibilité qui s'y rattachent.

La description de la démarche pédagogique favorisée dans ce dossier permet de mettre en rapport l'ensemble des points déjà abordés. Enfin les modalités concernant la collaboration du CREP et des organismes sont exposées.

En conclusion, les conditions à mettre en place (au niveau du ministère de l'Éducation, du ministère de la Santé et des Services sociaux, des commissions scolaires et des centres de formation) pour assurer le succès et la viabilité d'un tel dossier sont suggérées.

LE CENTRE DE RESSOURCES EN ÉDUCATION POPULAIRE

La particularité du CREP consiste à offrir des services éducatifs dans des entreprises, des centres de travail adapté, des centres communautaires, de loisirs ou hospitaliers.

En collaboration avec ces organismes, le CREP offre des activités d'éducation populaire, des services aux personnes handicapées, des programmes de francisation et d'alphabétisation. Depuis 1987, ce dernier programme est adapté afin de répondre aux besoins d'une clientèle adulte ayant des problèmes de santé mentale. Ce nouveau service découle du phénomène de la désinstitutionnalisation qui amène les adultes souffrant de maladie mentale à fréquenter davantage les organismes de quartier.

Les intervenants de ces organismes, constatant des carences chez ces adultes au niveau des habiletés de base, contactent le CREP afin d'obtenir des services éducatifs sur mesure. Comme la mission première du CREP est d'intervenir auprès des populations particulièrement démunies, la mise en place de mécanismes permettant de réaliser des activités de formation auprès de cette clientèle ne tarde pas.

À ce moment, les activités de formation s'inspirent uniquement du Guide de formation sur mesure en alphabétisation (MEQ 1989). Les cinq (5) années de pratique ont permis d'élaborer un recueil d'objectifs et de préciser la démarche pédagogique privilégiée pour développer des apprentissages durables et transférables dans les situations de vie de ces adultes.

En offrant ces activités de formation, le CREP s'associe à toutes organisations mandatées pour aider les adultes psychiatrisés dans leur démarche de réinsertion sociale et professionnelle.

DESCRIPTION DE LA CLIENTÈLE

Avant de tracer un portrait de la clientèle desservie par le dossier de la formation en santé mentale, il importe de définir le concept de santé mentale et d'établir la distinction entre maladie mentale et déficience intellectuelle.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, dans sa politique de santé mentale (1989), décrit la santé mentale en fonction de trois (3) axes: biologique, psycho-développemental et contextuel. Il soutient que l'axe psycho-développemental traduit le mieux la notion de santé mentale:

> *"La santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel)." (page 21)*

Malgré tout, la confusion demeure que l'on parle de maladie mentale ou de santé mentale. Si la santé mentale est clairement définie, il n'existe pas de véritable consensus autour de la définition de "maladie mentale" entre les différents intervenants du réseau des services de santé, des ressources alternatives et des ressources communautaires. Il est question de problèmes émotionnels, de troubles mentaux et de folie.

La même confusion existe lorsqu'il s'agit de nommer la clientèle: on parle de malades, patients, bénéficiaires, clients, etc. Les définitions et les appellations varient selon l'orientation et le modèle d'intervention privilégiés par leurs auteurs. Il appert cependant que la maladie mentale est perçue comme pouvant atteindre toutes les composantes de l'être. La personne qui souffre de maladie mentale a donc besoin de support dans toutes les sphères de sa vie, tant au plan médical, social que psychologique et ce, à l'intérieur d'un processus à long terme.

Il semble parfois difficile d'établir la distinction entre le concept de déficience intellectuelle et celui de maladie mentale. Selon le dictionnaire de psychologie Larousse (1989) la déficience intellectuelle se caractérise par "une insuffisance ou un retard dans le développement de l'intelligence" (page 77). Ainsi, depuis la création par L.M. Terman en 1916 (in Anastasi, 1988) de l'échelle Stanford-Binet, le degré d'intelligence d'un individu est déterminé par le quotient intellectuel. Cette mesure permet de comparer l'intelligence d'une personne à l'intelligence moyenne de son groupe social. Selon le DSM-III-R (1987), il y a un retard mental lorsqu'un individu obtient un score de 70 ou moins à un test d'intelligence. On précise aussi que ces troubles du développement apparaissent habituellement dès la première enfance.

La distinction entre "déficience intellectuelle" et maladie mentale" s'établit donc comme suit: la déficience intellectuelle se caractérise par un déficit au niveau du potentiel intellectuel de l'individu qui apparaît dès la première enfance, alors que la maladie mentale se définit comme un état où l'équilibre psychologique de la personne est menacé suite à une détérioration de sa condition bio-psycho-sociale; l'âge où survient la maladie et l'intensité de la détresse psychologique varient selon chaque individu et la nature même de la maladie.

La clientèle visée par les activités de formation est donc composée d'adultes qui ont des difficultés sur les plans émotionnel, relationnel, cognitif et fonctionnel.

Une recherche-action effectuée par Poirier (1990) présente un portrait de la clientèle (N=111) bénéficiant de la formation en santé mentale offerte par le CREP.

Il s'agit d'adultes vivant une situation psycho-sociale très défavorisée, accompagnée de difficultés d'apprentissage importantes qui les excluent de façon quasi systématique du marché du travail. Au moment de la recherche, seulement 2,70% (n=3) travaillent et 38,74% (n=43) étaient intégrés à des ateliers de travail protégés.

Les données révèlent une proportion presque égale d'hommes et de femmes (respectivement 55,86% (n=62) et 44,14% (n=49) dont l'âge moyen est de 36 ans. Le revenu mensuel moyen est de 499$ et provient généralement de la Sécurité du revenu.

Conséquemment au phénomène de désinstitutionnalisation, 75% (n=83) des adultes interrogés vivent dans la communauté. De ce nombre, 26,13% (n=22) habitent en appartement autonome.

Pour ce qui est du degré de scolarité, la grande majorité de la clientèle n'a pas terminé un secondaire V, 6,31% indiquent avoir obtenu un diplôme d'études secondaires. Ces chiffres ne sont toutefois pas représentatifs de la population adulte souffrant de maladie mentale, car les normes de financement du ministère de l'Éducation du Québec ne permettent pas d'accueillir les adultes ayant un diplôme d'études secondaires. Il est possible de déroger à cette règle si une autorisation individuelle du ministère reconnaît la perte des acquis provoquée par la maladie.

Toujours selon la recherche-action, les principaux diagnostics observés chez les adultes inscrits sont, par ordre d'importance,
les troubles psychotiques (37,52%), la schizophrénie (25,39%) et la dépression (15,38%). Environ 68,47% de ces adultes ont été hospitalisés au moins une fois et 36% d'entre eux affirment l'avoir été à plusieurs reprises.

La très grande majorité de la clientèle est suivie par un psychiatre et plusieurs sont suivis en plus, par un autre intervenant: travailleur social, intervenant communautaire, psychologue ou infirmier. Seulement 2% des personnes n'ont aucun suivi professionnel. Ces adultes ont un diagnostic de maladie mentale transitoire ou sévère, entraînant une médication pouvant aller jusqu'à cinq (5) médicaments différents par jour. 87,69% de la clientèle prend au moins deux (2) médicaments différents.

Les effets secondaires provoqués par ces médicaments entravent les apprentissages. Somnolence, désordre sensori-moteur, attention de courte durée, mémoire déficiente, perte d'intérêt sont autant d'éléments que les orthopédagogues doivent contourner en développant des stratégies d'enseignement adaptées à la clientèle.

Quelque soit leur degré de scolarité, la plupart accusent aujourd'hui une perte considérable de leurs acquis et éprouvent des difficultés d'adaptation importantes.
Mahmood (1983, in Lavender, 1985) précise:

> *"...chronic psychiatric patient who has spent a few years inside the confines of an institution... If he lacks the necessary communication skills he is unable to live outside unless he has exceptionnally supportive group or friends and family... such skills are critical if the chronic psychiatric patient is to be rehabilitated into the community."(page 6)*

La maladie, l'hospitalisation et la médication entraînent des carences énormes sur les plans cognitif, social, psychologique et relationnel. Ces carences ont une incidence directe sur les apprentissages et révèlent, par le fait même, des besoins évidents de formation.

BESOINS DE FORMATION

Les besoins de formation se situent à différents niveaux. D'abord, au niveau des apprentissages notionnels, ils varient d'un individu à l'autre: certains doivent apprendre à lire, écrire et compter alors que d'autres doivent réactiver et compléter les apprentissages réalisés avant la maladie.

La maladie et la médication créent aussi des besoins au niveau du développement des fonctions cognitives et ce, pour l'ensemble de la clientèle qui doit donc être outillée afin de jouer un rôle plus actif dans ses apprentissages. L'hospitalisation et la perte d'autonomie vécues depuis le début de la maladie entraînent des besoins communs au niveau de la valorisation et de l'estime de soi.

Tout le volet des habiletés sociales est aussi à consolider afin de réapprendre à socialiser, à établir des contacts positifs avec autrui, à se faire confiance, à faire confiance aux autres et à vivre des relations interpersonnelles satisfaisantes.

Ces besoins de formation rendent difficile, voire impossible, l'intégration de ces adultes dans les centres de formation ordinaires sans un minimum de support et d'encadrement particulier.

REVUE DE LITTÉRATURE

Bien que les besoins de formation de ces adultes soient indéniables, plusieurs revues de littérature publiées lors de la dernière décennie démontrent qu'il y a peu d'écrits et de recherches sur les services éducatifs qui leur sont offerts.

Lors d'une analyse sur la réinsertion sociale d'anciens patients psychiatriques, Chevrier-Doucet (1981) déplore l'absence d'étude portant sur leur éducation. À cet effet elle note:

> *"... une absence quasi-universelle d'expériences éducatives d'envergure donnant lieu à des écrits et à des recherches concernant les adultes malades mentaux, mésadaptés socio-affectifs ou ayant des difficultés d'apprentissage." (page 28)*

Plus récemment, Navin et al (1989) dénoncent l'absence de recherche sur les besoins de formation des personnes atteintes d'incapacité psychiatrique. Ils soulignent:

> *"The literature reveals a notable absence of any investigation into the educational needs of persons with long-term psychiatric disabilities." (page 132)*

Ils rappellent pourtant que depuis au moins vingt (20) ans, les auteurs (Royal College of Psychiatrisis, Association of Directors of Social Services, Russel Report on Adult Education, Clyne in Navin, 1989) s'accordent pour reconnaître le droit à cette clientèle de recevoir des services éducatifs adaptés et intégrés, lorsqu'il y a lieu, au plan de réhabilitation. Quant à Chevrier-Doucet (1981), elle souligne "qu'il y a lieu de considérer les anciens patients psychiatriques comme des adultes qui ont droit à l'éducation" (page 31).

Pour procéder à l'écriture du présent document, une revue de la littérature effectuée sur banques de données informatisées (FRANCIS, EDUQ, ERIC, Psychological Abstracs, Dissertation Abstracts) confirme le peu d'écrits et de recherches dans ce domaine particulier de l'éducation. Toutefois, les quelques études et programmes de formation recensés démontrent non seulement l'existence de besoins de formation, mais également un désir accru de desservir cette clientèle (Wiener, 1986). Parmi les cinq (5) programmes de formation retenus, on retrouve aux États-Unis deux (2) modèles éducatifs visant la réhabilitation de patients psychiatriques (Educational Model to Facilitate Desinstitutionalization and the Assumption of the Normal Societal Role of Worker for Emotionnaly Disabled Citizens, 1983; Roelofs et al, 1984). Les champs d'intervention de ces programmes sont presque identiques. Ils visent à développer des habiletés en alimentation, budgétisation, relations interpersonnelles, affirmation de soi, techniques de résolution de problèmes et habiletés socio-professionnelles. Aucun de ces programmes ne propose des objectifs d'alphabétisation.

Toutefois, en Europe, il existe des programmes de formation adaptés à une clientèle adulte souffrant de maladie mentale. Certains de ces programmes visent la poursuite d'études sanctionnées dans des écoles ordinaires.

En Angleterre, Wiener (1986) décrit un programme d'éducation des adultes à l'intérieur d'un centre de jour psychiatrique. Le modèle éducatif s'inscrit dans le cadre du plan de réhabilitation de l'adulte et vise le développement d'habiletés scolaires, socio-professionnelles, personnelles et sociales. L'expérience d'éducation continue est quotidiennement offerte à un groupe de trente (30) à quarante (40) adultes. La formation se donne en groupe et est accompagnée de suivi individuel.

Ce programme propose huit (8) volets: alphabétisation, calcul, budgétisation, cuisine, éducation à la santé, habiletés sociales (affirmation de soi et relations interpersonnelles), habiletés socio-professionnelles, développement émotionnel, activités manuelles (poterie, sculpture, etc.) et ateliers d'écriture. S'ajoutent à cela des activités d'information animées par des conférenciers invités. Enfin, la participation à un dernier groupe permet d'accéder à des études sanctionnées.

Après dix-neuf (19) mois d'expérimentation, l'auteur soutient que ce type de programme est bénéfique pour la clientèle. Il souligne que la variété des champs d'intervention permet, entre autres, le développement d'habiletés nécessaires à l'intégration des adultes dans des centres de formation ordinaires, des collèges et des universités.

Toujours en Angleterre, Lavender (1985) coordonnateur du programme d'alphabétisation à Norfolk, décrit brièvement le programme de formation "ABE" (Adult Basic Education) s'adressant, aussi, à des adultes souffrant de maladie mentale. L'intervention éducative a lieu selon trois (3) modalités: en centre hospitalier, en centre de jour et dans des groupes ordinaires d'alphabétisation.

Les champs d'intervention sont peu décrits mais, lors d'une entrevue, une enseignante rappelle l'importance d'intervenir au niveau de la confiance en soi, du développement d'habiletés sociales et des techniques de résolution de problèmes. Enfin, l'auteur mentionne que la demande pour ce genre de programme ne cesse d'augmenter.

En dernier lieu, Pradel-Lanson (1988), directrice de la clinique Universitaire G. Heuyer située à Paris, présente un programme d'études pour jeunes de 16 à 27 ans souffrant de troubles psychotiques graves. L'objectif du centre de formation vise l'accessibilité à un niveau de scolarisation accréditée (équivalant au Québec à un secondaire V) afin d'améliorer les chances d'insertion professionnelle.

À son arrivée à la clinique, le jeune élabore un projet d'études échelonné sur une période de une à deux (2) années. La formation se donne à l'interne et à l'externe (dans des lycées et ensuite dans des universités) ou à l'externe seulement.

L'action pédagogique et éducative retenue comprend: 1) le cours collectif, 2) le suivi individuel, 3) les activités pédagogiques complémentaires (ex.: ateliers thématiques) et 4) les lieux d'accueil et de rencontres (ex.: la bibliothèque). Enfin l'auteur mentionne que les données de la clinique compilées sur cinq (5) années d'intervention et mises en relation avec les données nationales, démontrent que, grâce à l'enseignement adapté, les étudiants de la clinique réussissent aussi bien leurs examens terminaux que les étudiants des lycées.

La description de ces quelques programmes de formation pour adultes ayant des problèmes de santé mentale établit clairement les besoins éducatifs de cette clientèle et l'importance d'intervenir dans le cadre d'un enseignement adapté. Les résultats positifs obtenus par ces auteurs démontrent également les capacités d'apprentissage de ces adultes.

Pourtant au Québec, le ministère de l'Éducation n'a émis, à ce jour, aucune politique concernant l'éducation de cette population. Malgré le mouvement de désinstitutionnalisation amorcé depuis plusieurs années et touchant massivement les adultes souffrant de maladie mentale, seules des politiques pour les adultes ayant une déficience intellectuelle ou un handicap physique ou sensoriel sont existantes.

FORMATION EN SANTÉ MENTALE AU CREP

Depuis 1987, la pratique des orthopédagogues a permis l'élaboration d'un recueil d'objectifs de formation en santé mentale. Ce recueil contient deux (2) champs d'intervention principaux: 1) fonctions cognitives et stratégies d'apprentissage, 2) matières de base. Compte tenu des besoins particuliers des adultes souffrant de maladie mentale, s'ajoutent deux (2) champs d'intervention complémentaires: 1) développement personnel et social, 2) habiletés sociales et professionnelles.

Champs d'intervention principaux

1) Fonctions cognitives et stratégies d'apprentissage

Ce champ a pour objectifs de développer des moyens concrets pour améliorer la mémoire, l'attention et la concentration ainsi que des habiletés favorisant un apprentissage autonome afin de responsabiliser l'adulte dans sa démarche de formation.

2) Matières de base

Ce champ vise à développer les habiletés en communication orale, en communication écrite et en arithmétique. Les objectifs se retrouvent essentiellement dans le "Guide de formation sur mesure en alphabétisation, publié par la Direction Générale de l'Éducation des adultes (MEQ, 1989). Pour répondre aux besoins de la clientèle, les objectifs peuvent aussi être puisés dans d'autres programmes de formation du ministère de l'Éducation du Québec.

Champs d'intervention complémentaires

Les objectifs de ces deux (2) champs d'intervention sont développés en complémentarité aux objectifs des champs d'intervention principaux.

- Développement personnel et social

  Ces activités permettent à l'adulte de mieux se connaître et d'entrer plus facilement en contact avec les autres, en plus de favoriser l'affirmation de soi.

- Habiletés sociales & professionnelles

  Les objectifs poursuivis par ces activités s'inscrivent à l'intérieur d'un projet collectif choisi par les apprenants et l'orthopédagogue selon les intérêts du groupe. L'apprenant participe, s'implique et prend des responsabilités afin de développer des habiletés à travailler en équipe tout en apprenant à prendre des initiatives, à planifier son travail et à respecter les délais fixés par le groupe. Il sert essentiellement de moyen permettant l'atteinte d'objectifs notionnels.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Pour être admissibles à ce programme, les adultes doivent répondre à des critères concernant la motivation et la capacité à fonctionner en groupe. Comme la formation vise à responsabiliser l'adulte dans sa démarche de formation, il est essentiel que la motivation soit au premier rang des critères d'admissibilité puisqu'elle assure la participation active de l'apprenant. L'adulte doit aussi démontrer une ouverture aux autres pour pouvoir fonctionner en groupe. Il doit, en tout temps, faire preuve de contrôle sur son impulsivité et ne pas manifester de comportements violents.

STATÉGIES PÉDAGOGIQUES

Les stratégies pédagogiques privilégiées pour la formation en santé mentale s'inspirent du behaviorisme, de l'humanisme et de la psychologie cognitive. Tel que mis en évidence par Tardif (1992) l'apport de ces écoles de psychologie permet le développement de techniques d'enseignement hautement spécialisées. La relation orthopédagogue- apprenant occupe une place essentielle dans l'enseignement à ces adultes. La qualité relationnelle est souvent l'amorce favorisant la mise en action du processus d'apprentissage de l'adulte souffrant de maladie mentale. Lors d'entrevues portant sur Les incidences de la maladie mentale sur le processus d'apprentissage, Lecompte-Lachapelle (1990) rappelle que:

> *"La relation que l'intervenant établit avec une personne atteinte de maladie mentale est susceptible d'avoir des incidences directes sur le processus d'apprentissage de cette dernière." (page 12)*

L'enseignant construit cette relation à partir de l'individu tel qu'il se présente à lui quotidiennement. Poirier (1990) définit ces rapports orthopédagogue-apprenant comme:

> *"...une relation d'aide à l'apprentissage basée sur le respect et la confiance mutuelle. ...celle-ci est normalisante...elle accompagne l'adulte dans la découverte de son style d'apprentissage, de ses forces, de ses limites, de ses intérêts et de ses besoins." (page 51)*

Tenant compte à la fois des besoins et des caractéristiques particuliers à cette clientèle ainsi que des orientations pédagogiques de la CECM, la formation offerte aux apprenants s'inscrit dans le cadre d'un enseignement adapté. Dans cet optique, la planification des activités d'enseignement et les objectifs poursuivis respectent autant les connaissances antérieures de l'apprenant que ses capacités d'apprentissage. Visant plus que l'atteinte d'objectifs, l'orthopédagogue est également soucieux de permettre à ces adultes de développer des stratégies d'apprentissage économiques et efficaces facilement généralisables aux activités quotidiennes (CECM, 1991; Tardif, 1992). Il s'agit donc de porter une attention spéciale sur la façon dont l'adulte organise son environnement et traite l'information reçue. A cet effet, Cowen (1990) précise qu'il faut d'abord approcher "la personne en fonction de sa façon d'organiser sa réalité". Ensuite, l'orthopédagogue suggère différentes stratégies pour guider et aider l'apprenant à réaliser ses apprentissages. Les techniques de résolution de problèmes sont ainsi intégrées à la formation de ces adultes. Tenant compte également des différences perceptuelles de cette clientèle, Poirier (1990) rappelle l'importance de proposer aux adultes "une variété d'approches dans les excercices pour une même notion afin de stimuler tous les sens comme récepteurs de l'information." Les fonctions cognitives sont alors éveillées et stimulées dans l'ensemble des activités effectuées.

L'enseignement est de type personnalisé et les activités de formation sont variées afin de respecter les capacités d'attention et de concentration de la clientèle. Ces activités sont signifiantes et renforçantes pour l'adulte. Elles se déroulent en groupe, en sous-groupe et parfois individuellement. Les objectifs poursuivis sont micro-gradués et l'atteinte de ceux-ci est constamment renforcée. Les travaux et réalisations des apprenants servent également de renforçateurs. Tel que présenté par la CECM (1991) et par Tardif (1992), les concepts d'un enseignement stratégique suggèrent que l'enseignant sert à la fois de modèle, d'entraîneur et de médiateur.

Toujours dans le cadre d'un enseignement adapté, il est nécessaire que l'apprenant définisse ses objectifs de formation. L'orthopédagogue l'oriente dans le choix et l'élaboration des objectifs sélectionnés afin qu'ils représentent un défi réaliste et réalisable. L'évaluation formative et continue effectuée conjointement par l'orthopédagogue et l'apprenant permet d'identifier les objectifs atteints, ceux à poursuivre et de formuler de nouveaux objectifs. Aux heures de formation peuvent s'ajouter des rencontres de suivi individuel qui permettent à l'orthopédagogue d'offrir un soutien individualisé à l'adulte. Il s'agit à la fois de rencontres d'évaluation et de moments privilégiés permettant à l'adulte d'exprimer des sentiments non-traduits en groupe. Enfin, pour favoriser la concertation, l'orthopédagogue participe à des rencontres multidisciplinaires de l'organisme. Elles favorisent une transmission d'informations jugées nécessaires tant par l'orthopédagogue que par les intervenants sociaux. Poirier (1990) rappelle que ces échanges favorisent le transfert des acquis.

En conclusion, les statégies pédagogiques s'inspirent d'un modèle d'enseignement adapté et stratégique où les activités réalisées par les orthopédagogues tiennent compte autant des aspects développemental que cognitif.

IMPLANTATION ET SUIVI DES ACTIVITÉS DE FORMATION

Suite à une demande des organismes qui desservent une clientèle adulte ayant des problèmes de santé mentale, le CREP rencontre les intervenants pour détailler l'offre de services. Pour assurer une formation sur mesure, c'est en concertation avec les intervenants que se fait l'analyse des besoins. À cette étape sont déterminés les champs d'intervention et les objectifs généraux qui répondent aux besoins des adultes ainsi que l'horaire et la durée des activités. À partir de ces informations, le conseiller pédagogique du CREP élabore un devis de formation qui précise les modalités organisationnelles et les objectifs intermédiaires adaptés à la clientèle, pendant que les intervenants des organismes recrutent le nombre d'apprenants nécessaires pour démarrer les activités de formation. Présentement les normes de financement exigent un ratio de 11.5 apprenants. L'orthopédagogue, engagé par la CECM, doit s'assurer que les champs d'intervention et les objectifs retenus correspondent aux besoins des apprenants avant de faire la planification de son enseignement. Tout au long de la session, des ajustements peuvent être apportés afin de maintenir la motivation des apprenants.

À la fin de chaque session, le responsable de l'organisme, l'orthopédagogue, le conseiller pédagogique et le directeur-adjoint du dossier de la santé mentale au CREP font le bilan des activités réalisées et l'analyse des besoins pour la prochaine session.

CONCLUSION

La survie du dossier de la formation en santé mentale demeure incertaine malgré des besoins évidents de formation. L'absence de politique en matière d'éducation pour adultes psychiatrisés et les compressions budgétaires du ministère de l'Éducation du Québec restreignent de plus en plus les services disponibles.

Les normes de financement actuelles ne correspondent pas aux besoins de la clientèle puisque seuls les adultes ne détenant pas un diplôme d'études secondaires peuvent bénéficier des services de formation (sauf si une demande de dérogation est acceptée par le MEQ).

Comme il s'agit d'une clientèle desservie, en partie, par le ministère de la Santé et des Services sociaux, il semble qu'une concertation avec ce ministère soit souhaitable pour assurer une complémentarité des services.

L'émergence d'une politique claire concernant l'accessibilité à l'éducation pour ces adultes permettrait l'élaboration d'un modèle d'intervention à trois (3) niveaux conduisant à leur intégration scolaire, sociale et professionnelle. Ainsi la formation serait d'abord reçue en organisme, ensuite en organisme et en centre de formation, et ultérieurement dans un centre de formation de base, générale et professionnelle.

Un tel modèle, en plus de soutenir les adultes dans leur démarche de réinsertion sociale, garantirait le succès de leur démarche d'apprentissage.

RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-111-R).
Washington DC: American Psychiatric Association.

Anastasi, A. (1988). Psychological testing. (6th ed.)
New York: Macmillan.

Chevrier-Doucet, L. (1981). La réinsertion sociale et les services éducatifs pour les anciens patients psychiatriques. Rapport de recherche présenté au service d'éducation des adultes de la Commission scolaire des Mille-Iles, Laval: Commission scolaire des Mille-Iles.

Commission des écoles catholiques de Montréal (1991). L'enseignement à la CECM: des interventions pédagogiques adaptées. Montréal: CECM, Service des études.

Cowen, S. (1990), Entrevue avec Monsieur Paul S. Cowen, professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal in Lecompte-Lachapelle, M. (1990). Les incidences de la maladie mentale sur le processus d'apprentissage. Document de recherche concernant la clientèle adulte, Montréal: Commission des écoles catholiques de Montréal.

Greystone Psychiatric Hospital (1983). Education Model to Facilitate Deinstitutionalization and the Assumption of the Normal Societal Role of Worker for Emotionally Disabled Citizens. Final Report, 1982-83. New-Jersey: Greystone Psychiatric Hospital (Eric Document Reproduction Service no ED 240 325).

Larousse (1989). Dictionnaire de la psychologie.
Paris: Librairie Larousse.

Lavender, P. (1985). Singer and Listener: Basic Education Work with the Mentally Ill . Viewpoints, 2, 5-10.

Lecompte-Lachapelle, M. (1990). Les incidences de la maladie mentale sur le processus d'apprentissage. Document de recherche concernant la clientèle adulte. Montréal: Commission des écoles catholiques de Montréal.

Ministère de l'Éducation du Québec (1989). Guide de formation sur mesure en alphabétisation. Québec: Direction générale de l'éducation des adultes.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1989). Politique de santé mentale. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux.

Navin, C.B., Lewis, K.L., Higson, P.J. (1989). The Role of Formal Education in the Rehabilitation of Persons with Chronic Schizophrenia. Disability, Handicap and Society, 4(2), 131-143.

Poirier, C. (1990). Bilan des pratiques pédagogiques auprès de clientèles ayant des problèmes de santé mentale dans le cadre des interventions éducatives du Centre de ressources en éducation populaire et du Community Education Service. Montréal: Commission des écoles Catholiques de Montréal.

Pradel-Lanson,C. (1988). Une constellation institutionnelle. Les "pourquoi" et les "comment" d'une pratique pédagogique en milieu psychiatrique. Réadaptation, maladie mentale et scolarité. (52), 12-16.

Roelofs, A.R., et al (1989). Whole Life Living Skills Curriculum. Ypsilanti, MI: Adult Learning Systems, Inc. (Eric Document Reproduction Service no ED 254 741).

Tardif, J. (1992). Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive. Montréal: Les Editions Logiques.

Wiener, R. (1986). Adult Education in a Psychiatric Day Center. Adult Education, 59 (2), 128-133.

/cg